



File No:

Date: 24/2020

Date: ... / ... /

File Number: 1004342

Patient Name: Dima Issa Bitar

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... /

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Syrian

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharja Al Sawan

Phone No. (رقم الهاتف): 0567550930

E-MAIL: dima.bitar@yahoo.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	No



Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.

I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.

I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its content and I sign it with all my will.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: 2/11/2020

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الاجراءات الجراحية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقضي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تخفي للملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2/11/2020

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة , أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /


Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
2.04.20	carbon laser			
10.5.20	carbon laser			
17.05.2020	Meso proco Pen Pen (1ml) glyte + Hyper 2x			
2/6/2020	Carbon laser			
22.06.2020	Carbon laser			
28.6.2020	Carbon laser			
30/6.2020	Meso proco glyte + growth (1ml)			
19/7/2020	Carbon laser			
22/7/2020	ROSAFFA → Blood			
29/7/2020	NIACINE = OMEGA3 Newt mouth for blood Test			

د. بشار علي ديب
 Dr. Bashar Alidib
 اخصائي امراض جلدية
 Specialist - Dermatology
 MOH License No.: 05825
 Orchid Medical Center

د. بشار علي ديب
 Dr. Bashar Alidib
 اخصائي امراض جلدية
 Specialist - Dermatology
 MOH License No.: 05825
 Orchid Medical Center

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report**File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3)

False

Modifiable Data (SF5)

False

Holder Signature Image (SF7)

False

Photography

False

Home Address

False

Work Address

False

Card Holder Information

Name	Dima,Issa,,Bittar	IDN:	784197992402509	Mother Name:	
Name (Ar)	ديمة عيسى، بيتار	Card Number:	098560689	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	01/02/2020	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	29/01/2022	Date of Birth:	18/02/1979	Sponsor Name:	(شركة المشاريع المتكاملة ذ.م.م)
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120152722976	Residency Expiry:	29/01/2022
ID Type:	IL	Occupation:	5230	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

4/2/2020

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا حما عيسى بطل بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو احد الإستطببات لإعادة التقشير الكروني باستخدام لوشن الكرونيو ويتمعه التقشير بالليزر • جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد ,ضارة البشرة , وعلاج علامات التقدم بالسن بلس وحالات أخرى), تحسين ملمس البشرة , علاج حب الشباب ,احمرار الجلد ,إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب), الندوب التي تتبع إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل علم ينصح 3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات ,الحبوب , توسع مسلمات الجلد ,مرحجة كل 3-6 اشهر

يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرون , بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر • لوشن الكرون مما يستهدف الأصبغ الأشعة عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب . ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

. إزالة الوشم بالليزر .

. الأورام الصبغية .

. تشقير الشعر .

الإضافر (الوضع فطريات إزالة A.)

ببر إزالة الكلف (الوضع M.)

:مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

.تداول عطر الأيسوتريتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية .

.الحمل والرضاعة .

.الأمراض الجلدية والإتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج .

.مشاكل في الجهاز المناعي .

.الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي .

.ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية .

.التهاق .

درجة التحسن بعد اتقهم تماما ان النتائج المطابقة تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الاولى . ولا يتضمن الطبيب رضائي عن عدة جلسات

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي إنهاء خطة العلاج , و انا اتقهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليبات ما قبل وما بعد هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي الواردة العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات بالكامل

أتقهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب , اتقهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الالتئام, ماعدا التقشير الناعم الذي



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008384)

Date: 02-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004342 - DIMA BITTAR - 971567550930

The sum of Dhhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 157.50

Bank: Cheque No.

Date: 02-04-2020

Being CARBON LASER + VAT

Made by Rana

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1004342 - DIMA BITTAR - 971567550930

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,995.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008383

Date: 02-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004342 - DIMA BITTAR - 971567550930

The sum of Dhs. One Thousand Nine Hundred Ninety Five Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,995.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Reing ADVANCE FOR 6 SESSIONS CARBON + 3 SESSIONS MESO FACE + VAT

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009780)

Date:30-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004342 - DIMA BITTAR - 971567550930

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 525.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-06-2020

Being 1 session meso face + vat

Made by Reem

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by :1004342 - DIMA BITTAR - 971567550930

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009602)

Date:22-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004342 - DIMA BITTAR - 971567550930

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 157.50

Bank: Cheque No.

Date: 22-06-2020

Being carbon laser + vat

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1004342 - DIMA BITTAR - 971567550930

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009118)

Date:02-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004342 - DIMA BITTAR - 971567550930

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 157.50

Bank: Cheque No.

Date: 02-06-2020

Being 1 carbon + vat

Made by Reem

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1004342 - DIMA BITTAR - 971567550930

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008764)

Date:10-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004342 - DIMA BITTAR - 971567550930

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 157.50

Bank: Cheque No.

Date: 10-05-2020

Being 1 SESSION CARBON + VAT

Made by Reem

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1004342 - DIMA BITTAR - 971567550930

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae

ورقة موافقة على علاج الميزوثيرابي

التاريخ: _____

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الميزوثيرابي و كل التفاصيل المتعلقة به،و الغاية من الاستخدام و على ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي تحديدا عن ما يلي:

سوف يظهر بعد العلاج بعض من ردود الفعل او علامات من الشائع حدوثها و التي تشمل على: احمرار، تورم، شعور بالحك و الألم و سوف تكون المنطقة المحقونة طرية نوعا ما. بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة و سوف تختفي و سوف تلقاء نفسها بعد عدة أيام بعد الحقن.

يوجد بعض من ردود الفعل او العلامات النادر حدوثها و هي: قد يتحسس البعض في المنطقة المحقونة بعد يوم او يومين من يوم الجلسة. ذلك التحسس قد يحتوي على تورم و احمرار و من النادر ظهور بعض الحبوب. هذه العلامات من المحتمل ان تظهر بعد عدة أيام من جلسة الحقن بشكل معتدل الى خفيف و ستختفي بعد 5 الى 7 أيام كما ورد في تقارير سابقة.

لقد تم إبلاغي أيضا بأنه اعتمادا على المنطقة المراد حقنها و نوع البشرة و درجة المشكلة التي تعاني منها بشرتي، سوف يتم تحديده عدة جلسات (تقريبا من 4 الى 8 جلسات). المتابعة و المراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج و التصحيح.

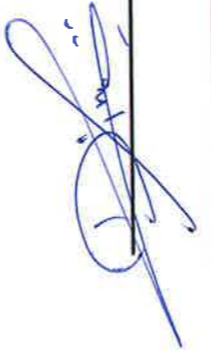
إنني أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد و الحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

اسم المريض: د. ريم بيها

اسم المعالج: _____

 التوقيع: _____

التوقيع: _____

Patient Details

Patient Name Dima Issa Bittar

DOB 18-02-1979

Patient Id 784197992402509

NO10474802 Syrian Arab Republic

Gender Female

Prescription Details

Facility ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)
Prescription Issue Date 29-Jul-2020 16:57:03
Prescription Expiry Date 01-Aug-2020 16:57:03
Clinician Name Wesam Altabbaa(DHA-P-0104696)
Clinician Qualification Dermatology
Prescription No 15804214
Status Active

Diagnosis Details

- Primary**
- Acne vulgaris L70.0

Prescribed Medication

- E74-4637-03186-01 Isotretinoin (Roaccutane ® 10mg) 10mg Capsule 30's (10's Blister x 3)
Qty: 30 Capsule, Duration: 30 days, Strength: 10 mg, Refill: 0
Clinician Comment: AFTER FOOD
Dosage Advice: Take 1 Capsule Once a day